

# Inserção da fisioterapia na atenção primária à saúde: análise do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde em 2010

*Physical therapists in primary health care: analysis of the national register of health service providers*

*Inserción de la fisioterapia en la atención primaria de salud: análisis del Registro Nacional de Establecimientos de Salud en 2010*

Larissa Riani Costa Tavares<sup>1</sup>, José Luiz Riani Costa<sup>2</sup>, Jorge Oishi<sup>3</sup>, Patricia Driusso<sup>1</sup>

**RESUMO** | O objetivo deste estudo é descrever a distribuição de fisioterapeutas na atenção primária à saúde (APS) no Brasil, e analisar a relação do número de habitantes por fisioterapeuta na APS, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Foi realizado um estudo transversal descritivo, a partir de dados do CNES e do Censo Demográfico de 2010. A partir disso, foram identificados 6.917 cadastros de fisioterapeutas na APS, com predomínio na região Sudeste (49%), a qual, em junto com a Sul, foram as regiões com melhores relações de habitantes por fisioterapeuta na APS (aproximadamente 23.000/1), enquanto na região Norte foram observados 32.000 habitantes por profissional. Dos municípios do Brasil, 47% possuem fisioterapeuta na APS, e a análise por porte populacional indicou maior percentual de fisioterapeutas na APS em municípios de pequeno porte (39%) e médio porte (34%). A melhor relação entre habitantes por fisioterapeuta ocorreu nos municípios de pequeno porte do Sudeste (6.948/1), e a pior em metrópoles do Centro-Oeste (371.672/1). Observou-se, ainda, que municípios de pequeno porte apresentam fisioterapeutas apenas na APS, ao passo que, por outro lado, a maioria dos municípios de demais portes possui fisioterapeutas em todos os níveis de atenção.

**Descritores** | Fisioterapia; Atenção Primária à Saúde; Saúde Pública.

**ABSTRACT** | This study aimed to describe the distribution of physical therapists in the Brazilian primary health care (PHC) and the ratio of inhabitants per physical therapist in PHC, according to the National Register of Health Service Providers (CNES – *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*). A descriptive cross-sectional study was conducted from CNES and Census/2010 data. In total, 6,917 physical therapists were registered in PHC, and most were located in the Southeast region (49%). Southeast and South were the regions with the best ratios of inhabitants per physical therapist in PHC (about 23,000/1). The North presented a ratio of 32,000 inhabitants/professional. 47% of the Brazilian cities have a physical therapist in PHC. Our analysis by population size indicated a higher percentage of physical therapists in PHC in small (39%) and midsize cities (34%). The best inhabitants/physical therapist ratio occurred in small cities of the Southeast (6,948/1) and the worst, in metropolises of the Midwest (371,672/1). Small cities have physical therapists only in PHC; on the other hand, most cities of larger sizes have physical therapists in all health care levels.

**Keywords** | Physical Therapy Specialty; Primary Health Care; Public Health.

**RESUMEN** | El objetivo de este estudio es describir la distribución de fisioterapeutas en la atención primaria

Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de São Carlos – São Carlos (SP), Brasil

<sup>1</sup> Professor doutor do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos (SP), Brasil.

<sup>2</sup> Professor doutor aposentado do Departamento de Educação Física da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (Unesp), Rio Claro (SP), Brasil.

<sup>3</sup> Professor doutor Aposentado do Departamento de Estatística da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Universidade Federal de São Carlos, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Fisioterapia, Campus São Carlos – Rodovia Washington Luiz, km 235, Caixa Postal 676 – São Carlos (SP), Brasil – CEP: 13565-905 – Telefone: (16) 3351-8341 – E-mail: [larissariani@yahoo.com.br](mailto:larissariani@yahoo.com.br) – Fonte de financiamento: Nada a declarar – Conflito de interesses: Nada a declarar – Apresentação: 12 maio 2016 – Aceito para publicação: 10 dez. 2017 – Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos sob o protocolo nº 386/2009.

de salud (APS) en Brasil y analizar la relación del número de habitantes por fisioterapeuta en la APS, según el Registro Nacional de Establecimientos de Salud (Renaes) – Cadastro Nacional de Establecimientos de Salud (CNES) en Brasil. Se realizó un estudio transversal descriptivo desde datos del Renaes y del Censo Demográfico de 2010. Desde eso, se identificaron 6.917 registros de fisioterapeutas en la APS, con predominio en la región Sudeste de Brasil (49%), que, junto con la Sur, fueron las regiones con las mejores relaciones de habitantes por fisioterapeuta en la APS (aproximadamente 23.000/1), mientras en la región Norte se observaron 32.000 habitantes por profesional. De los municipios de Brasil, el 47% presentan

fisioterapeuta en la APS y el análisis por porte poblacional indicó mayor porcentaje de fisioterapeutas en la APS en municipios de pequeño porte (39%) y medio porte (34%). La mejor relación entre habitantes por fisioterapeuta ocurrió en municipios de pequeño porte de la región Sudeste (6.948/1), y la peor en metrópolis de la Centro-Oeste (371.672/1). Se observó, además, que municipios de pequeño porte presentan fisioterapeutas solo en la APS, mientras que, por otro lado, la mayoría de los municipios de otros portes presenta fisioterapeutas en todos los niveles de atención.

**Palabras clave** | Fisioterapia; Atención Primaria de Salud; Salud Pública.

## INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) se caracteriza como o primeiro nível de atenção à saúde, envolvendo um conjunto de ações dirigidas a áreas adscritas<sup>1</sup>. Em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) foi estabelecido como a estratégia de reorientação da APS<sup>2</sup>, sendo que a experiência na primeira década motivou a inclusão desta no conjunto de prioridades no Pacto pela Saúde em 2006<sup>3</sup> e, no mesmo ano, foi publicada a Política Nacional da Atenção Básica<sup>1</sup> (PNAB), que promoveu a revisão das normas publicadas nesse primeiro período. A expansão, no entanto, vinha envolvendo prioritariamente os profissionais da equipe mínima<sup>1</sup> (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde) e da equipe de saúde bucal<sup>1</sup> (cirurgião-dentista, técnico em higiene dental e auxiliar de consultório dentário). O número de equipes com atuação de outros profissionais ocorria de forma restrita, conforme dinâmicas locais, não havendo uma política nacional que promovesse a inserção de demais categorias. Buscando ampliar a abrangência e o escopo da APS, foi criado em 2008 o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), por meio da Portaria Ministerial nº 154/2008<sup>4</sup>, inserindo formalmente demais categorias profissionais na estratégia por meio de apoio matricial.

Essa inserção na APS traz desafios para diversas profissões, destacando-se a fisioterapia, que teve sua origem mundialmente no final do século XIX, voltada para o tratamento de pessoas com alterações físico-funcionais em fases tardias dos agravos à saúde<sup>5</sup>. No Brasil, a profissão se desenvolveu na primeira

metade do século XX<sup>6</sup>, em um contexto de altos índices de acidentes de trabalho<sup>5</sup> e na necessidade de atenção ao contingente de indivíduos com sequelas da poliomielite<sup>7</sup>, enfatizando a atuação reabilitadora que se desenvolvia mundialmente. Em 1969, a profissão foi regulamentada pelo Decreto-Lei nº 938<sup>8</sup>, sob a influência de uma concepção em que a “pós-doença” fosse pré-requisito para a intervenção da fisioterapia<sup>6</sup>. Nos anos seguintes, até o final do século XX, enquanto o país passava por um redirecionamento do sistema de saúde com base na universalidade e no fortalecimento da APS, a fisioterapia teve como preocupação central a asserção que garantisse a ocupação do seu espaço no cenário da saúde brasileira, fortalecendo um campo específico de trabalho e permanecendo até os dias atuais com as mesmas regulamentações legais daquela época<sup>6</sup>.

Apesar dessa tendência, alguns fisioterapeutas iniciaram atividades na APS por meio da criação de estágios com alunos do curso de graduação (Paraíba, Belo Horizonte, Juiz de Fora e Natal) e pela participação direta nos serviços, aproximando gradualmente a profissão às ações de saúde coletiva<sup>9-12</sup>. A partir de 2000, as atividades se expandem com a criação das residências multiprofissionais de saúde da família e em 2001, com a alteração das diretrizes curriculares nacionais para o curso de fisioterapia (Parecer CNE/CES nº 1.210/2001)<sup>13</sup>, a discussão se amplia, sendo proposta uma formação generalista para atuar na prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, em todos os níveis de atenção à saúde, tanto no âmbito individual quanto coletivo. A partir de sua publicação, as novas diretrizes curriculares

estimularam diversos encontros, ocorrendo desde 2005 dois fóruns nacionais de políticas profissionais organizados pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito) que incluíram as questões de ensino como pauta<sup>14</sup>: em 2006, mais de 20 oficinas para a implementação das diretrizes curriculares foram realizadas<sup>14</sup>; em 2007 e 2008, o Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (Abenfisio) teve como eixo das discussões o tema “Fisioterapia na atenção básica”. Entre 2007 e 2016, foram realizadas cinco versões do Congresso Nacional de Fisioterapia em Saúde Coletiva (Conafisc) e, em 2016, o XXVI Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia apresentou o tema “Atenção integral à saúde e a formação do fisioterapeuta: reformulação das diretrizes curriculares nacionais como estratégia para a (re)qualificação dos processos em saúde”, que ocorreu após oficinas estaduais promovidas pela Abenfisio sobre análise e reformulação das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em fisioterapia.

A aproximação da atuação e formação de fisioterapeutas às políticas nacionais de saúde vem promovendo um crescimento do número de fisioterapeutas na APS. De acordo com informações disponíveis no site do Departamento de Informática do SUS (Datasus)<sup>15</sup>, em 2005 existiam no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 3.370 cadastros de fisioterapeutas na APS. Após seis anos, o número de cadastros praticamente triplicou, atingindo o total de 8.564 em 2011. É importante observar, porém, que a expansão da fisioterapia na APS é relativamente recente e as definições sobre seu papel nesse nível de atenção ainda se encontram em construção.

Torna-se importante a investigação das experiências existentes, descrevendo-se de que maneira a inserção da fisioterapia vem ocorrendo. Os estudos existentes, porém, analisam em sua maioria ações específicas de um município ou região, não se conhecendo a inserção desse profissional em âmbito nacional. Este estudo tem como objetivo descrever a distribuição dos fisioterapeutas na APS no sistema de saúde brasileiro e a relação de número de habitantes por fisioterapeuta na APS em 2010, possibilitando a identificação da situação de inserção desse profissional na APS logo após a criação do Nasf, que se caracteriza como a principal política de ampliação das categorias profissionais envolvidas na estratégia de saúde da família.

## METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal descritivo, a partir de dados do CNES e do Censo Demográfico, sendo que o primeiro se constitui como o principal sistema de informações de abrangência nacional sobre estabelecimentos de saúde no Brasil, o qual foi instituído pelo Ministério da Saúde no ano 2000<sup>16</sup>, visando subsidiar os gestores na implementação das políticas de saúde e contribuir nas áreas de planejamento, regulação, avaliação, controle, auditoria e de ensino/pesquisa. Também inclui informações referentes aos seguintes aspectos: área física, recursos humanos, equipamentos, serviços ambulatoriais e hospitalares, servindo de base para outros sistemas de informação do Ministério da Saúde. O cadastramento de estabelecimentos públicos e privados de saúde e dos respectivos profissionais em atuação é de caráter obrigatório, conforme determinação da Portaria nº 511/2000<sup>17</sup>.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) sob o protocolo nº 386/2009. Os dados dos cadastros de fisioterapeutas foram coletados no banco de dados do CNES em Brasília, em março de 2010, possibilitando o conhecimento da distribuição desses profissionais logo após a implantação da principal política pública de ampliação de fisioterapeuta na APS. A busca incluiu informações dos 5.565 municípios da federação, envolvendo estabelecimentos com pelo menos um fisioterapeuta. É importante destacar que profissionais que atuem em mais de um estabelecimento geram um cadastro para cada local de atuação, podendo, dessa forma, existir mais de um cadastro para o mesmo profissional. As análises deste estudo consideraram o número total de cadastros.

As informações obtidas para cada estabelecimento foram: tipo de estabelecimento; número de fisioterapeutas; região, unidade federativa (UF) e município de localização. Foram considerados como estabelecimentos da APS: posto de saúde, centro de saúde/unidade básica, centro de apoio à saúde da família, unidade móvel fluvial. Os demais estabelecimentos foram considerados como “outros níveis de atenção à saúde” e incluíram: clínica especializada/ambulatório de especialidades, policlínica, consultório isolado, cooperativa, centro de atenção psicossocial e unidade de apoio, diagnose e terapia, hospital geral, hospital especializado, hospital/dia, centro de parto normal, pronto-socorro geral, pronto-socorro especializado,

unidade móvel de nível pré-hospitalar, unidade mista, nas quais são desenvolvidos tanto serviços de APS como da atenção especializada (internação e urgências), central de regulação de serviços de saúde, secretaria de saúde, unidade de vigilância em saúde, unidade móvel terrestre, centro de atenção à saúde indígena e centro de atenção hemoterápica e/ou hematológica.

O número de habitantes dos municípios foi coletado a partir dos resultados do Censo Demográfico de 2010<sup>18</sup>, utilizando como classificação para o porte populacional<sup>19</sup>: pequeno porte, população até 20.000 habitantes; médio porte, entre 20.001 e 100.000 habitantes; grande porte, entre 100.001 e 500.000 habitantes; metrópoles, acima de 500.000 habitantes. Os dados foram analisados por técnicas estatísticas descritivas. A razão de fisioterapeutas por 1.000 habitantes foi calculada a partir do total de cadastros de fisioterapeutas, multiplicado por 1000 e dividido pelo número de habitantes.

## RESULTADOS

### Distribuição dos cadastros de fisioterapeutas na APS

Foram identificados 6.917 cadastros de fisioterapeutas na APS. As regiões Sudeste e Sul representaram 49% e 16% dos cadastros, na devida ordem, proporção superior à representação populacional dessas regiões (42% e 14% da população brasileira, respectivamente). Já as regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste representaram 4%, 6% e 24% dos cadastros, na devida ordem, sendo valores inferiores à distribuição populacional (8%, 8% e 28%, respectivamente). Essa distribuição influencia na relação de habitantes por fisioterapeuta, conforme disposto na Tabela 1. As regiões Sul e Sudeste apresentaram as melhores relações com aproximadamente 23.000 habitantes por fisioterapeuta na APS. A região Norte apresentou a pior relação (58.761 habitantes por fisioterapeuta na APS).

Tabela 1. Distribuição dos cadastros de fisioterapeutas na APS e relação do número de habitantes por profissional segundo as regiões e unidades federativas em 2010

Unidades federativas (UF)	Cadastros de fisioterapia em estabelecimentos da APS									População n°	Relação entre o número de habitantes por fisioterapeuta na APS
	Pequeno porte		Médio porte		Grande porte		Metrópoles		Total (100%)		
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°		
<b>Norte</b>	<b>83</b>	<b>31</b>	<b>122</b>	<b>45</b>	<b>55</b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>270</b>	<b>15.865.678</b>	<b>58.761/1</b>
Acre	7	50	2	14	5	36	–	–	14	732.793	52.342/1
Amapá	6	19	10	32	15	49	–	–	31	668.689	21.570/1
Amazonas	5	8	43	69	8	13	6	10	62	3.480.937	56.144/1
Pará	11	19	34	60	8	14	4	7	57	7.588.078	133.124/1
Rondônia	7	25	18	64	3	11	–	–	28	1.560.501	55.732/1
Roraima	8	47	1	6	8	47	–	–	17	451.227	26.542/1
Tocantins	39	64	14	23	8	13	–	–	61	1.383.453	22.679/1
<b>Nordeste</b>	<b>392</b>	<b>24</b>	<b>809</b>	<b>48</b>	<b>264</b>	<b>16</b>	<b>192</b>	<b>12</b>	<b>1.657</b>	<b>53.078.137</b>	<b>32.032/1</b>
Alagoas	36	37	52	53	9	9	1	1	98	3.120.922	31.846/1
Bahia	92	26	178	49	66	18	26	7	362	14.021.432	38.733/1
Ceará	39	11	184	48	69	18	86	23	378	8.448.055	22.349/1
Maranhão	18	11	115	71	13	8	16	10	162	6.569.683	40.553/1
Paraíba	83	33	86	33	52	20	37	14	258	3.766.834	14.600/1
Pernambuco	20	13	100	63	26	16	13	8	159	8.796.032	55.320/1
Piauí	35	43	40	48	8	9	–	–	83	3.119.015	37.578/1
Rio Grande do Norte	64	57	29	26	7	6	13	11	113	3.168.027	28.035/1
Sergipe	5	12	25	57	14	31	–	–	44	2.068.133	47.003/1
<b>Centro-oeste</b>	<b>218</b>	<b>52</b>	<b>141</b>	<b>34</b>	<b>44</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>417</b>	<b>14.050.340</b>	<b>33.693/1</b>
Distrito Federal	–	–	–	–	–	–	7	100	7	2.562.963	366.137/1
Goiás	89	43	88	42	29	14	3	1	209	6.004.045	28.727/1
Mato Grosso	28	63	13	29	2	4	2	4	45	3.033.991	67.422/1
Mato Grosso do Sul	101	65	40	26	13	8	2	1	156	2.449.341	15.700/1

(continua)

Tabela 1. Continuação

Unidades federativas (UF)	Cadastros de fisioterapia em estabelecimentos da APS									População n°	Relação entre o número de habitantes por fisioterapeuta na APS
	Pequeno porte		Médio porte		Grande porte		Metrópoles		Total (100%)		
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°		
<b>Sudeste</b>	<b>1.311</b>	<b>38</b>	<b>1.008</b>	<b>30</b>	<b>675</b>	<b>20</b>	<b>406</b>	<b>12</b>	<b>3.400</b>	<b>80.353.724</b>	<b>23.633/1</b>
Espírito Santo	86	41	89	42	37	17	–	–	212	3.512.672	16.569/1
Minas Gerais	658	52	376	29	166	13	82	6	1.282	19.595.309	15.284/1
Rio de Janeiro	29	5	204	38	242	45	68	12	543	15.993.583	29.454/1
São Paulo	538	39	339	25	230	17	256	19	1.363	41.262.160	30.273/1
<b>Sul</b>	<b>638</b>	<b>5</b>	<b>285</b>	<b>24</b>	<b>137</b>	<b>12</b>	<b>113</b>	<b>10</b>	<b>1.173</b>	<b>27.384.815</b>	<b>23.345/1</b>
Paraná	224	46	115	24	57	12	90	18	486	10.439.601	21.480/1
Rio Grande do Sul	220	56	98	25	57	14	19	5	394	10.695.532	27.146/1
Santa Catarina	194	66	72	25	23	8	4	1	293	6.249.682	21.329/1
<b>Brasil</b>	<b>2.642</b>	<b>38</b>	<b>2.365</b>	<b>34</b>	<b>1.175</b>	<b>17</b>	<b>735</b>	<b>11</b>	<b>6.917</b>	<b>190.732.694</b>	<b>27.574/1</b>

Fonte: Brasil<sup>20</sup> e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística<sup>18</sup>.

A distribuição segundo o porte populacional dos municípios indicou maior percentual em pequeno porte (38%), seguidos por médio porte (34%), grande porte (17%) e metrópoles (11%). Nas regiões Norte e Nordeste, diferente dessa tendência, houve maior concentração em municípios de médio porte (48% e 45%, respectivamente). O baixo número de cadastros em metrópoles diante de população

elevada resulta em uma relação seis vezes maior que o verificado em pequeno porte: o total de 76 mil habitantes por fisioterapeuta na APS em metrópoles em contraposição a 12 mil habitantes por fisioterapeuta na APS em pequeno porte (Tabela 2). Municípios de pequeno porte da região Sudeste apresentaram a menor razão (6.948 habitantes por fisioterapeuta na APS).

Tabela 2. Relação entre o número de habitantes por fisioterapeuta na APS entre as regiões do país, segundo o porte populacional dos municípios em 2010

Regiões	Número de habitantes por fisioterapeuta na APS			
	Pequeno porte	Médio porte	Grande porte	Metrópoles
Norte	29.270	50.680	73.793	319.455
Nordeste	30.316	24.859	31.679	66.248
Centro-Oeste	12.739	24.596	59.130	371.672
Sudeste	6.948	15.668	36.901	75.226
Sul	10.162	28.375	63.030	36.979
<b>Brasil</b>	<b>12.370</b>	<b>22.681</b>	<b>41.334</b>	<b>75.970</b>

Fonte: Brasil<sup>20</sup> e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística<sup>18</sup>.

### Número e porcentagem de municípios com fisioterapeuta na APS

Verificou-se que 47% dos municípios existentes possuem pelo menos um cadastro de fisioterapeuta na APS, sendo a cobertura da região Sudeste (62%) o dobro da Norte (31%) (Tabela 3). Quando considerado o porte populacional, as maiores proporções foram observadas em metrópoles.

Na Tabela 4, os municípios são classificados de acordo com os níveis de atenção em que ofertam ações de fisioterapia. A maioria dos municípios apresentou cadastros tanto na APS quanto em outros níveis de

atenção (38%), seguido por municípios que apresentam cadastros apenas em outros níveis de atenção, não possuindo inserção de fisioterapeuta na APS (34%). A porcentagem de municípios com cadastros apenas na APS representou 28% dos municípios com fisioterapeutas.

Quando investigado o porte populacional, verificou-se que em municípios pequenos a maioria possui fisioterapeutas apenas na APS (40%), enquanto para os demais portes esse profissional está inserido também em demais níveis de atenção (Tabela 4). Entre os municípios de pequeno porte que possuem fisioterapeuta na APS (1.818), 60% apresentaram fisioterapeutas exclusivamente nesse nível de atenção.

Tabela 3. Número e proporção de municípios com fisioterapeutas inseridos em estabelecimentos da APS em 2010

Unidades federativas (UF)	Municípios com fisioterapeutas na APS									
	Pequeno		Médio		Grande		Metrópoles		Total	
	nº	Pp%	nº	Pp%	nº	Pp%	nº	Pp%	nº	Pp%
<b>Norte</b>	<b>67</b>	<b>24</b>	<b>58</b>	<b>38</b>	<b>12</b>	<b>63</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>139</b>	<b>31</b>
Acre	3	20	1	17	1	100	–	–	5	23
Amapá	5	42	2	100	1	50	–	–	8	50
Amazonas	3	10	15	48	1	100	1	100	20	32
Pará	8	19	26	29	5	50	1	100	40	28
Rondônia	5	14	8	53	2	100	–	–	15	29
Roraima	7	54	1	100	1	100	–	–	9	60
Tocantins	36	28	5	62	1	50	–	–	42	30
<b>Nordeste</b>	<b>275</b>	<b>23</b>	<b>305</b>	<b>56</b>	<b>37</b>	<b>80</b>	<b>9</b>	<b>82</b>	<b>626</b>	<b>35</b>
Alagoas	32	52	22	58	1	100	1	100	56	55
Bahia	66	27	77	50	10	71	2	100	155	38
Ceará	22	24	60	71	7	100	1	100	90	49
Maranhão	11	9	41	50	6	86	1	100	59	27
Paraíba	60	31	24	92	3	100	1	100	88	39
Pernambuco	13	16	50	55	6	60	2	100	71	38
Piauí	20	10	13	56	1	100	–	–	34	15
Rio Grande do Norte	46	33	10	42	2	100	1	100	59	35
Sergipe	5	10	8	38	1	100	–	–	14	40
<b>Centro-oeste</b>	<b>130</b>	<b>36</b>	<b>48</b>	<b>54</b>	<b>10</b>	<b>71</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>192</b>	<b>41</b>
Distrito Federal	–	–	–	–	–	–	1	100	1	100
Goiás	62	32	26	60	6	75	1	100	95	38
Mato Grosso	23	20	7	28	1	33	1	100	32	22
Mato Grosso do Sul	45	85	15	71	3	100	1	100	64	82
<b>Sudeste</b>	<b>733</b>	<b>64</b>	<b>220</b>	<b>57</b>	<b>76</b>	<b>62</b>	<b>11</b>	<b>65</b>	<b>1040</b>	<b>62</b>
Espírito Santo	29	69	22	81	7	78	–	–	58	74
Minas Gerais	400	59	88	59	20	80	3	75	511	60
Rio de Janeiro	12	44	28	72	16	73	3	75	59	64
São Paulo	292	73	82	48	33	50	5	55	412	64
<b>Sul</b>	<b>477</b>	<b>51</b>	<b>94</b>	<b>47</b>	<b>26</b>	<b>59</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>601</b>	<b>51</b>
Paraná	152	49	35	51	8	50	2	100	197	49
Rio Grande do Sul	176	44	37	45	10	59	1	100	224	45
Santa Catarina	149	64	22	45	8	73	1	100	180	61
<b>Brasil</b>	<b>1682</b>	<b>43</b>	<b>725</b>	<b>53</b>	<b>161</b>	<b>66</b>	<b>30</b>	<b>79</b>	<b>2598</b>	<b>47</b>

Fonte: Brasil<sup>20</sup> e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística<sup>®</sup>.

Nota: Pp% – proporção de municípios com fisioterapeutas na atenção primária em relação ao total de municípios existentes em cada região e unidade federativa.

Tabela 4. Total de municípios com fisioterapeutas segundo os níveis de atenção à saúde que apresentam a inserção desse profissional em 2010

Níveis de atenção com fisioterapeutas cadastrados	Pequeno porte	Médio porte	Grande porte	Metrópoles	Brasil
Cadastros apenas em estabelecimentos da APS*	1.084 (40%)	99 (8%)	–	–	1.183 (28%)
Cadastro apenas em estabelecimentos de outros níveis de atenção à saúde**	863 (33%)	503 (39%)	82 (33%)	6 (16%)	1.454 (34%)
Cadastros na APS e em outros níveis de atenção à saúde	734 (27%)	685 (53%)	163 (67%)	32 (84%)	1.614 (38%)
Total de municípios com fisioterapeutas	2.681 (100%)	1.287 (100%)	245 (100%)	38 (100%)	4.251 (100%)
Total de municípios no Brasil	3.915	1.367	245	38	5.565

Fonte: Brasil<sup>20</sup> e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística<sup>®</sup>.

\* Estabelecimentos da APS: posto de saúde, centro de saúde/unidade básica, centro de apoio à saúde da família, unidade móvel fluvial.

\*\* Estabelecimentos dos outros níveis de atenção à saúde: clínica especializada/ambulatório de especialidades, policlínica, consultório isolado, cooperativa, centro de atenção psicossocial e unidade de apoio, diagnóstico e terapia, hospital geral, hospital especializado, hospital/dia, centro de parto normal, pronto-socorro geral, pronto-socorro especializado, unidade móvel de nível pré-hospitalar, unidade mista, central de regulação de serviços de saúde, secretaria de saúde, unidade de vigilância em saúde, unidade móvel terrestre, centro de atenção à saúde indígena e centro de atenção hemoterápica e/ou hematológica.



## DISCUSSÃO

A análise da distribuição dos fisioterapeutas na APS identificou concentração de profissionais nas regiões Sudeste e Sul acima da representatividade populacional destas, enquanto no Nordeste, Norte e Centro-Oeste as concentrações estiveram abaixo da representatividade populacional. Sudeste e Sul também apresentaram as melhores razões de número de fisioterapeutas por habitante e as maiores proporções de municípios com fisioterapeutas na APS em relação ao total de municípios existentes.

Os dados se assemelham aos resultados observados em pesquisas que investigaram a distribuição dos cadastros de fisioterapeutas no CNES independentemente ao nível de atenção ao qual esteja vinculado<sup>21,22</sup>. Diversos fatores foram associados à concentração da profissão nas regiões de maior desenvolvimento econômico do país, incluindo fatores socioeconômicos e históricos que influenciam na distribuição populacional, na conformação da rede de estabelecimentos do sistema de saúde e na distribuição das instituições de ensino superior, promovendo maior número de habitantes, de estabelecimentos de saúde e de profissionais formados nas regiões Sudeste e Sul<sup>22</sup>.

Os autores discutem a correlação entre a oferta de serviços de saúde e a participação no produto interno bruto (PIB) nacional e o índice de desenvolvimento humano (IDH), destacando que a influência econômica na conformação do sistema de saúde promove desigualdade na distribuição dos serviços e apresenta origem no próprio processo histórico da assistência à saúde no Brasil<sup>22</sup>. Em contraposição, dados do Datasus no mesmo período<sup>20</sup> demonstram que as profissões enfermeiro da estratégia saúde da família, médico da família e cirurgião-dentista da saúde da família apresentam maior dispersão entre as regiões, com prevalência de cadastros na região Nordeste (40%), seguidos por Sudeste, Sul, Norte e Centro-Oeste (30%, 14%, 8% e 7%, respectivamente).

A maior dispersão das profissões vinculadas à APS também pode ser verificada no banco de dados do portal do departamento da atenção básica<sup>23</sup> referentes a 2010, sendo a seguinte distribuição das 30.782 equipes de saúde da família: 41% na região Nordeste, 31% na Sudeste, 14% na Sul, 7% na Norte e 8% na Centro-Oeste. Já em relação à distribuição das 1.250 equipes do Nasf, observa-se o seguinte: 47% no Nordeste, 30% no Sudeste, 9% no Sul, 7% no Norte e

7% no Centro-Oeste. Os dados atualizados de fevereiro de 2017 indicam a distribuição das 39.859 equipes de saúde da família: 37% no Nordeste, 33% no Sudeste, 15% no Sul, 7% no Norte e 8% no Centro-Oeste. Por sua vez, as 4.010 equipes do Nasf estão divididas da seguinte forma: 43% no Nordeste, 28% no Sudeste, 14% no Sul, 7% no Norte e 7% no Centro-Oeste<sup>20</sup>.

Verifica-se, portanto, que a distribuição de fisioterapeutas no país apresentou desigualdades regionais tanto nos níveis especializados de atenção<sup>21,22</sup>, quanto na APS, divergindo de outras profissões que apresentam maior dispersão na atenção primária. Torna-se importante o desenvolvimento de estudos de dados recentes que possibilitem investigar se após um período maior de implantação do Nasf houve maior equidade entre as regiões do país. Os dados deste estudo também demonstram que, quando investigado o porte populacional, houve maior número de cadastros de fisioterapeutas na APS em municípios de pequeno porte, seguidos por médio porte, grande porte e metrópoles. Essa distribuição diverge do estudo<sup>22</sup> que investigou todos os fisioterapeutas com cadastros no CNES, no qual foi identificado 64% dos profissionais atuando em metrópoles e municípios de grande porte (36% e 28%, respectivamente). Fisioterapeutas de municípios de médio porte representaram 24% do total e nos municípios de pequeno porte se concentram apenas 12% dos profissionais.

Essa distribuição está provavelmente associada à conformação hierárquica e regionalizada do sistema de saúde. Considerando o elevado número de municípios de pequeno ou médio porte (95% do total de municípios existentes no Brasil), a maioria das cidades brasileiras apresenta escala insuficiente para albergar todos os níveis de atenção em seu território, apresentando apenas estabelecimentos da APS, sendo a oferta dos níveis especializados disposta em micro e macrorregiões de saúde<sup>24</sup>. Nesse contexto, há probabilidade de que nos municípios de pequeno porte os estabelecimentos da APS se constituam como a única alternativa de inserção dos profissionais e, conforme o porte populacional aumenta, há a existência de estabelecimentos dos demais níveis de complexidade e a concentração da fisioterapia passa, assim, a ocorrer prioritariamente nos níveis mais especializados.

O número de usuários dos sistemas de saúde com alterações funcionais que demandam ações de reabilitação tem se tornado crescente, associados em grande parte às elevadas taxas de acidente de trânsito e

violência, ao processo de envelhecimento populacional, ao aumento de doenças crônico-degenerativas e a doenças relacionadas ao trabalho na população. Nos municípios de pequeno e médio porte com ausência de atenção especializada e diante de dificuldades de transporte para centros localizados fora do município, a pressão por atendimento terapêutico recai sobre o profissional da APS, gerando o risco de reprodução da atenção adotada em ambulatorios e hospitais.

Em municípios de grande porte e metrópoles, há inserção de fisioterapeutas em todos os níveis de atenção à saúde na maioria dos municípios. Rodrigues<sup>25</sup> destaca, no entanto, que a dificuldade de deslocamento para centros especializados, tanto em função das limitações físicas como econômicas, coloca-se como barreira ao acesso, gerando uma demanda reprimida por atendimento fisioterapêutico. O autor se refere ainda à existência de vagas insuficientes com longas listas de espera. Diante dessa demanda reprimida e do número restrito de fisioterapeutas atuantes em municípios de grande porte e metrópoles na APS perante o total de habitantes, é possível que a reprodução de atendimento nos moldes ambulatorial e hospitalar também seja observada em parte dos profissionais da APS dos grandes centros.

Assim, de acordo com a distribuição observada, a inserção de fisioterapeutas na APS, apesar de potencializar ações de promoção, prevenção e saúde coletiva próprias desse nível de atenção, ainda enfrenta desafios relacionados à demanda ambulatorial e terapêutica. Esse risco aumenta ao se considerar o histórico de formação e atuação da fisioterapia com enfoque no atendimento especializado. Belettini et al.<sup>26</sup> corroboram com essas afirmativas, identificando que entre os fisioterapeutas atuantes no Nasf de Santa Catarina, a comunidade e a equipe do Nasf não conheciam de forma clara a capacidade de atuação primária pelo fisioterapeuta, 65,2% atuavam em grupos terapêuticos e 43,7% afirmaram passar a maior parte do tempo em atendimento individual. Souza et al.<sup>27</sup> descrevem que usuários e equipe demonstram desejo da presença do fisioterapeuta de forma contínua nos atendimentos domiciliares; existência de conflitos no processo de implantação devido à dificuldade de compreensão do processo de trabalho do Nasf, como também tendência a perceber o Nasf como um ambulatório e um olhar limitado sobre a ação do fisioterapeuta (aparelhos/equipamentos), relatando-se a associação da prática com tecnologia dura. O mesmo desafio tem sido relatado em estudos de outras profissões<sup>28,29</sup>.

Nakamura e Leite<sup>29</sup>, em estudo envolvendo farmacêuticos do Nasf em um município no Sul, destacam dificuldades no processo de planejamento, falta de objetivos claros para a equipe do Nasf e deficiências no serviço de atenção farmacêutica do município, gerando desafios para a estruturação do processo de trabalho. Os autores discutem como parte das dificuldades a descrição insuficiente do processo de trabalho na primeira versão das “Diretrizes do Nasf”, publicadas no Caderno de Atenção Básica nº 27<sup>30</sup>. A versão publicada em 2014 (Cadernos de Atenção Básica nº 39<sup>31</sup>), no entanto, coloca um direcionamento mais claro, interdisciplinar e organizador dos processos de trabalho para as equipes do Nasf e pode vir a trazer maior segurança no desenvolvimento desse processo.

Destaca-se também que na Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008<sup>4</sup>, que determinou a criação do Nasf em suas modalidades 1 e 2 e estabeleceu os critérios para sua implantação, apenas parte dos municípios brasileiros puderam ser contemplados, sendo os municípios de pequeno porte aqueles que enfrentaram maiores impedimentos. A partir das dificuldades geradas, na Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012<sup>32</sup>, foram redefinidos os parâmetros de vinculação dos Nasf nas modalidades 1 e 2 às equipes de saúde da família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas e criada a modalidade 3 do Nasf, visando possibilitar a universalização dessas equipes para todos os municípios do Brasil. A Portaria nº 3.124 foi complementada pela Portaria nº 548, de 4 de abril de 2013<sup>33</sup>, que define o valor de financiamento do piso da atenção básica variável para as 3 modalidades do Nasf. Perspectivas futuras trazem, desda forma, a possibilidade de ampliação do número de municípios cobertos e do número de profissionais atuantes na APS.

Os problemas levantados neste estudo não são, no entanto, exclusivos do sistema de saúde brasileiro. Organizações internacionais, como a Confederação Mundial de Fisioterapia (World Confederation for Physical Therapy – WCPT) e associações de fisioterapeutas do Reino Unido, Canadá, Escandinávia, Austrália, Nova Zelândia e Espanha vêm discutindo o papel da fisioterapia nesse nível de atenção, chamando a atenção para a atuação ainda limitada dessa profissão na APS<sup>34</sup>. Com relação ao sistema de saúde espanhol, Paz<sup>34</sup> ressalta que essa inserção se iniciou em 1987 por meio da criação de “unidades de reabilitação” localizadas na APS, que surgiram para resolver problemas de acessibilidade aos serviços de reabilitação, sob a mesma regulação



profissional até então direcionada aos fisioterapeutas da atenção especializada e com uma formação voltada ao atendimento hospitalar.

Diante desses fatores, as primeiras ações de fisioterapeutas na APS na Espanha reproduziram as ações de atenção terciária impróprias desse nível assistencial, sendo a promoção e prevenção colocadas em segundo plano<sup>35</sup>. Em 1990, foi divulgada a legislação referente à fisioterapia na APS<sup>34</sup>. Em 2003, a Europa passou por uma unificação dos currículos de formação desse profissional, com a inclusão de aspectos da fisioterapia comunitária<sup>36</sup> e, no mesmo ano, a WCPT elaborou a Declaração de Princípios da APS, aprovada na XV Assembléia Geral da WCPT. Com a evolução formativa e de aspectos legislativos desde o início da inserção da fisioterapia na APS na Espanha até o momento atual, tem sido verificada significativa evolução no marco da promoção da saúde e prevenção de enfermidades, constituindo o fisioterapeuta não mais como um mero elemento de redução de demandas para os serviços especializados, mas como parte importante na obtenção de um processo de atenção integral à saúde<sup>34</sup>.

Evoluções semelhantes vêm ocorrendo em demais países, acompanhadas pelas adequações formativas e legislativas. A Finlândia é o país em que a figura do fisioterapeuta está bem regulamentada na APS, existindo a integração desse profissional aos trabalhos em equipe de centros de saúde e apresentando a melhor relação entre número de habitantes e fisioterapeutas na APS da Europa<sup>36</sup>. Dessa forma, a fisioterapia no Brasil vem expandindo sua inserção na APS e parte dos problemas enfrentados tem sido comum na maioria dos países. Com as mudanças trazidas pelas novas diretrizes curriculares do curso de graduação em fisioterapia e com a crescente inclusão desses profissionais em projetos de indução da reorientação das práticas de formação e educação permanente dos profissionais de saúde, como pró-saúde, residência multiprofissional, cursos de especialização, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), Programa Nacional Telessaúde e cursos introdutórios para equipes de saúde da família, é possível que em um futuro próximo a adequação da atuação desses profissionais seja uma realidade no país<sup>2</sup>.

Essa busca pela adequação formativa deve ser acompanhada por normativas e regulamentações que estabeleçam o papel desse profissional nas equipes, principalmente ao se considerar que a última resolução

relativa ao exercício profissional do fisioterapeuta data de 1987<sup>6</sup>, sendo anterior à criação do Sistema de Saúde (SUS).

Ressalta-se também a necessidade de aumento do número de fisioterapeutas ao se considerar que mais da metade dos municípios do Brasil não possuem esse profissional na APS. Essa necessidade é particularmente destacada no Norte, Nordeste e Centro-Oeste, que possuem aproximadamente 70%, 65% e 60% dos municípios sem a presença de fisioterapeutas nesse nível, além de apresentar os maiores números de habitantes por profissional. Esses números refletem que, nas regiões mais distantes do eixo Sul-Sudeste, há ainda restrita inserção de fisioterapeutas, principalmente nos municípios de menor porte. A dificuldade de fixação de profissionais nessas localidades é comum em profissões da área da saúde, conforme destacado por Campos et al.<sup>37</sup> e Brasil<sup>38</sup> no relatório do Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade.

O aumento do número de profissionais deve também considerar como prioritários os municípios de elevado porte populacional que, apesar de apresentarem 79% de municípios com fisioterapeuta na APS, o quantitativo de profissionais é baixo diante do total de habitantes residentes, resultando nas piores relações habitantes/fisioterapeuta identificadas. Por fim, o aumento do número de fisioterapeutas deve atingir, além da APS, os níveis de maior complexidade, garantindo suporte especializado e a relação entre profissionais e habitantes a fim de que permita-se maior participação em ações próprias da APS.

## CONCLUSÃO

Sudeste e Sul foram as regiões com a melhor oferta de fisioterapeutas na APS. Municípios de pequeno porte foram os principais locais com a inserção desses profissionais, sendo em sua maioria verificados cadastros de fisioterapeutas exclusivamente na APS, sem o suporte da atenção especializada. As piores razões do número de habitantes por fisioterapeuta na APS foram observadas em metrópoles. Menos da metade dos municípios brasileiros apresentaram a inserção de fisioterapeuta na APS, sendo ainda alta a proporção de locais que não contam com esse profissional. Diante do baixo número de profissionais na APS e sem o adequado suporte dos níveis especializados, torna-se

importante o desenvolvimento de intervenções que ampliem e fortaleçam a atuação de fisioterapeutas tanto na APS como nos serviços especializados, garantindo o adequado desenvolvimento das ações que compete a cada nível de atenção. As intervenções devem englobar políticas de saúde e de formação profissional, bem como normativas e regulamentações relativas ao exercício profissional do fisioterapeuta.

## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Departamento de Atenção Básica e à coordenação do CNES do Ministério da Saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília, DF: Conass; 2011. 197 p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 76 p.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 4 mar. 2008. Seção 1, n. 43, p. 38-40.
5. Rebelatto JR, Botomé SP. Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. São Paulo: Manole; 1999.
6. Freitas MS. A atenção básica como campo de atuação da fisioterapia no Brasil: as diretrizes curriculares resignificando a prática profissional [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
7. Barros FBM. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(3):941-54. doi: 10.1590/S1413-81232008000300016
8. Brasil. Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1968. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1969.
9. Gallo DLL. A fisioterapia no programa saúde da família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2005.
10. Vêras MMS, Pinto VPT, Oliveira EM, Qinderé PHD. O fisioterapeuta na estratégia saúde da família: primeiros passos na construção de um novo modelo de atenção. Sanare (Sobral). 2004;5(1):169-73.
11. Rezende M, Amâncio Filho A, Tavares MFL. Avaliação qualitativa em atenção básica à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Resumos ampliados do VI Seminário do Projeto Integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2006. p. 139-43.
12. Trelha CS, Silva DW, Iida LM, Fortes MH, Mendes TS. O fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família em Londrina (PR). Espaço Saúde. 2007;8(2):20-5.
13. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer no CNE/CES 1.210/2001, de 7 de dezembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 10 dez. 2001. Seção 1, p. 22.
14. Rocha VM, Caldas MAJ, Araujo FRO, Caldas AJ, Batiston AP, et al. As diretrizes curriculares e as mudanças na formação de profissionais fisioterapeutas. Documento apresentado no XVI Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia; 2007 jun. 7-9; Canela, RS. Evento promovido pela Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Informações de saúde (TABNET): rede assistencial. [homepage na Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008 [citado em 2018 fev. 2]. Disponível em: <<https://goo.gl/XrHXpJ>>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 511, de 29 de dezembro de 2000 [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 4 jan. 2001 [citado 2018 fev 2]. Disponível em: <<https://goo.gl/64oQaS>>.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 511, de 29 de dezembro de 2000 [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 4 jan. 2001 [citado 2018 fev 2]. Disponível em: <<https://goo.gl/64oQaS>>.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados do Censo Demográfico de 2010 [homepage na Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2011 [citado em 2018 fev 2]. Disponível em: <<https://goo.gl/pmvQNE>>.
19. Centro de Estatísticas, Estudos e Pesquisas. Estudo sobre a presença do Estado nos Municípios de pequeno porte até 20.000 habitantes, de médio porte de 20.000 a 100.000 habitantes e grande porte de 100.000 ou mais classificados por regiões do Estado [Internet]. Rio de Janeiro: Ceperj; em andamento [citado em 2018 fev 2]. Disponível em: <<https://goo.gl/JA9V9v>>.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil. Informações de saúde [homepage na Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [citado em 2018 fev 5]. Disponível em: <<http://bit.ly/2FLmIL8>>.
21. Costa LR, Oishi J, Driusso P. Distribuição de fisioterapeutas entre estabelecimentos públicos e privados nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. Rev Bras Fisioter. 2012;16(5):422-30. doi: 10.1590/S1413-35552012005000051
22. Tavares LRC, Costa JLR, Oishi J, Driusso P. Distribuição territorial de fisioterapeutas no Brasil: análise do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: CNES/2010. Conscientiae Saúde. 2016;15(1):61-61. doi: 10.5585/ConsSaude.v15n1.6152

23. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da Saúde da Família [homepage na Internet]. Brasília, DF: Portal da Saúde; 2017 [citado em 2018 fev 5]. Disponível em: <<https://goo.gl/tPZQXw>>.
24. Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 365-394.
25. Rodrigues RM. A fisioterapia no contexto da política de saúde no Brasil: aproximações e desafios. Perspectivas Online. 2008;2(8):104-9.
26. Belettini NP, Rodrigues F, Cruz TS, Ferreira KC, Tuon L, Coelho BLP. Fisioterapeutas integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Estado de Santa Catarina: competências e desafios. Fisioter Bras. 2013;14(6):433-8.
27. Souza MC, Bomfim AS, Souza JN, Franco TB. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. Mundo Saúde. 2013;37(2):176-84.
28. Sousa D, Oliveira IF, Costa ALF. Entre o especialismo e o apoio: psicólogos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Psicol USP. 2015;26(3):474-83. doi: 10.1590/0103-656420140059
29. Nakamura CA, Leite SN. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2016;21(5):1565-72. doi: 10.1590/1413-81232015215.17412014
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. (Cadernos de Atenção Básica; n. 27)
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. (Cadernos de Atenção Básica; n. 39)
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 3 jan. 2013 [citado em 2018 fev 5]. Disponível em: <<https://goo.gl/eJ98Na>>.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 548, de 4 de abril de 2013. Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3 [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 5 abr. 2013 [citado em 2018 fev 5]. Disponível em: <<https://goo.gl/15XTPh>>.
34. Lourido BP. Entre lo ideal y las realidades: la fisioterapia en la atención primaria domiciliaria [tese]. Balears: Universitat de les Illes Balears; 2007.
35. Vaquero AIT. Clasificación de actividades del fisioterapeuta de Atención Primaria. Fisioterapia (Madr, Ed impr). 1997;19(1):97-114.
36. Arribas MJD. Fisioterapia comunitaria [proyecto docente]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2007.
37. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. Divulg Saúde Debate [Internet]. 2009 maio [citado em 2018 fev 5];(44):13-24. Disponível em: <<https://goo.gl/6huxtM>>.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Relatório síntese – Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas de Maior Vulnerabilidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.